Interruption volontaire de grossesse Q156

Règlementation

- L'avortement est réprimé par le Code pénal (article 317)
- L'IVG est admise depuis 1975, Loi d'application définitive du 31/12/1979, Loi VEIL et **aménagement 2001 : *Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 (Journal Officiel du 7 juillet 2001)***

Nouvelles mesures, loi du 4 juillet 2001 :
- Allonge^t délai de l'IVG à la fin de la 12e SG/ 14e SA
- Un seul certificat est délivré par le médecin, après la 2ème consultation, s'il ne réalise pas l'IVG
- La consultation sociale préalable devient facultative pour les majeures.
- Pour les mineures non émancipées, le principe du consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal est aménagé. Si elle en fait la demande et persiste dans le refus qu'ils soient consultés, la mineure peut se faire accompagner par une autre personne majeure de son choix.
- Composit° de l'équipe pluridisciplinaire pr IGPMM

• PRINCIPES GENERAUX

- La femme peut demander l'IVG à 2 conditions :
  - **Si elle s'estime en « situation de détresse »**
  - **L'IVG doit être réalisée avant la fin de la 12e semaine de grossesse**[Q] **soit 14e SA**[Q]
- L'accès à l'IVG doit être simple et rapide (précocité de réalisation => choix + large de techniques utilisables et risque de complications + faible)
- Coût : environ 200 € (à peu près pareil pour méthodes médicales et chir), 80 % remboursé par Régime général de la Sécurité sociale, 20 % à la charge de la patiente ou éventuellement pris en charge par l'Aide médicale gratuite
  - **Délai fixe même si après un viol**[Q]

• PROCEDURE A SUIVRE AVANT IVG

➢ Première consultation médicale

- **Le médecin doit informer**[Q] de façon claire et précise la patiente sur les « méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels » : procédure, choix offerts de recours à AL ou AG, le tps de réflexion, les risques médicaux qu'elle encourt pr elle-même et ses maternités futures.
- **Remettre à la patiente un dossier guide**[Q] (documents d'information écrits) fournis par la DDASS qui contient :
  - Rappel des dispositions de la loi qui garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie
  - Enumération droits, avantages aux mères célibataires ou non, leurs enfants et les possibilités d'adoption.
  - Liste et adresses des organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou materielle aux intéressés.
  - Liste et adresse des établissements où st pratiqués l'IVG.
- **La clause de conscience**[Q] **permet au médecin de ne pas pratiquer lui même l'IVG** : il doit dire dès le premier rendez-vous, s'il donne suite ou non à la demande d'IVG ; en cas de refus, il doit communiquer les noms de médecins susceptibles de la pratiquer
- **S'assurer qu'il y a grossesse** (β HCG)
- **Préciser l'âge gestationnel de la grossesse** par l'interrogatoire, l'examen clinique, ± échographie
- **± Occasion de proposer**, selon le ctexte clinique : Dépistage MST (dt VIH), Frottis cervico-vaginaux de dépistage
- **Aborder mode de contraception ultérieure +++ (**éviter tte récidive)

➢ Consultation sociale

- obligatoire si mineure non émancipée, et « si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure (…) susceptible de l'accompagner dans sa démarche »
- facultative mais systématiquement proposée (avant et après l'IVG) si majeure ou mineure émancipée
- a lieu en principe dans le courant de la semaine suivant la consultation médicale, dans un établissement mentionné par le dossier guide remis.
- consiste en un entretien avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé => assistance, conseils, informations sur l'IVG, la contraception et « toute question que la femme juge bon de soulever »
- Si mineure non émancipée, une attestation d'entretien lui est remise
- Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre

➢ Deuxième consultation médicale

- Renouvellement de la demande d'IVG au médecin, en présentant une confirmation écrite de la demande d'interruption de grossesse + si mineure l'attestation d'entretien
- Délai d'1 semaine suivant la première demande de la femme obligatoire, sauf dans le cas où le terme des 12 SG risquerait d'être dépassé + Délai de 2 jours suivant l'entretien (ce délai pouvant être inclus dans celui d'une semaine)
- Le médecin peut dès lors pratiquer l'IVG, ou éventuellement, si c'est un autre médecin qui la pratique, il doit délivrer un certificat attestant que la patiente a procédé aux deux consultations médicales

- **CAS PARTICULIERS**
  - **Femme mineure < 18 ans (code civil)** Nb : 15 ans ds le pénal
    - Il faut le double consentement de **l'un des parents/représentant légal** Q **ou d'une personne majeure accompagnant la mineure +++** et de la **mineure**Q
    - **Si non émancipée**
      - Consentement écrit d'un des parents joint à la demande d'IVG, présenté par la patiente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne
      - Si patiente désire garder le secret : le médecin doit s'efforcer, ds l'intérêt de la patiente, d'obtenir son consentet pr que le ou les parents soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien.
        Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent tt de même être pratiqués à la demande de l'intéressée.
        Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.
    - **Femme mineure mariée (émancipation possible à partir de 15 ans et 3 mois)**
      - **Seul son consentement** est à prendre en compte

C'est à la femme enceinte <u>seule</u> qu'appartient la décision de recourir à une IVG : <u>caractère strictement personnel</u>

- **REALISATION**
  - **Mesure médicolégale**
    - **Seul un médecin peut pratiquer l'IVG** Q après avoir vérifié les délais légaux, le certificat médical, l'attestation de Cs sociale si mineure, et la demande d'IVG
      - Pas un étudiant en Medecine, pas une sage-femmeQ, …
      - Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.
      - Ensemble des documents conservés **pdt au moins 1 an** par le directeur de l'établissement
    - **Seulement dans un établissement hospitalier public ou privé agréé**
      - Un etablissement privé peut refuser de réaliser un IVG mais s'il participe au service public hospitalier, ce refus ne peut être accepter que si d'autres établissement st en mesure de répondre aux besoins locaux.
      - Pr les établissements privés, la loi a prévu qu'un maximum de **25 %**Q de l'activité soit consacré aux IVG par rapport à l'ensemble des actes chirurgicaux et obstétricaux Q
    - **Si IVG au-delà de 12 SA, prise en charge dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical ?**
    - **Déclaration obligatoire et anonyme au médecin inspecteur régional de santé publique par le médecin**
  - **Prise en charge de la douleur**
  - **Prévention des complications infectieuses**

Prévention de l'alloimmunisation Rhésus +++

  - **Technique d'IVG**
    - **Technique instrumentale**
      - Possible quelque soit âge gestationnel, à préférer si **≥ 64 jours** d'aménorrhée soit **au delà de la 9° SA révolue**
      - Sous AL ou sous AG (possible refus d'AG par l'anesthésiste en l'absence d'autorisation parentale pour une mineure ?)
      - **Dilatation du col** (± préparation cervicale médicamenteuse par **<u>misoprostol</u>** per os ou bougie de **<u>Hégar</u>**)
      - **Puis** évacuation du contenu utérin par **aspiration** dans des conditions strictes d'asepsie.
    - **Technique médicale**
      - Si âge gestationnel **≤ 49 jours** d'aménorrhée (voire 63 jours) **soit avant la fin de la 7° SA.**
      - **Assocat° mifépristone = RU 486** (antiprogestérone**, Mifégyne**®**)** per os **;PG E1** (Misoprostol Cytotec®) per os
      - **Nécessité d'un contrôle échographique + précoce vers J10**

- **APRES IVG**
  - **L'établissement doit assurer la contraception après l'intervention de la femme**
    - Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances
    - **Contraception hormonale oestroprogestative per os séquentielle** (pour le 1er cycle puis combinée), peut être débutée dès le lendemain de l'IVG
      - 1ière partie du cycle seulement œstrogène puis O-P durant la 2ième phase
      - Blocage seulement de l'ovulation, pas d'atrophie endométriale. Permet la régénération de la muqueuse.
      - Efficacité contraceptive inferieure à la prise combinée (!) et plus mauvaise tolérance.
    - **Pose d'un DIU lors d'une IVG chirugicale**

- **Visite de contrôle entre le 14e et 21e jour post IVG**
  - **Contrôle de la vacuité utérine** : clinique + échographie + β HCG
  - **Contraception** : vérification compréhension, utilisation ;
    Contrôle si DIU posé lors IVG chirurgicale / mise en place DIU
  - **Accompagnement psychologique**
- **Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.**

Complications

- **A COURT TERME**
  - Accidents anesthésiques
  - Perforation, rupture utérine[Q]
  - Rupture du col utérin[Q]
  - Hémorragies
  - Thrombophlébite
  - Rétention d'œuf
  - Echec
  - Sepsis
  - Syncope / choc pdt la dilatation cervicale
- **A MOYEN TERME**
  - Hémorragie persistante
  - Rétention placentaire[Q] simple ou infecté
  - Infection[Q] : endométrite du post abortum, et salpingite
  - Découverte d'une GEU méconnue
- **A LONG TERME**
  - Béance du col
  - Stérilité
  - Alloimmunisation[Q] à prévenir
  - Placenta prævia[Q]
  - Placenta accreta
  - Complications psychiatriques et psychologiques

Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical

- **MODALITES → LOI 17 / 01 / 75 ACTUALISEE JUILLET 2001**
  - Pas de limite ds le temps : à tout moment
  - Attestation par 2 médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du Dc
  - Les 2 médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 2322-1
  - Composition LEGALE de l'équipe pluridisciplinaire
    - **Si interruption de grossesse pour péril grave pour la santé de la femme** : au moins 3 personnes qui sont 1 médecin qualifié en gynécologie obstétrique, 1 médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue
    - **Si interruption de grossesse pour affection grave de l'enfant** : l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation
  - Dans tous les cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe
  - **Accord écrit de la mère**[Q], qui peut elle refuser l'ITG[Q]
  - **Etablissement d'un procès verbal**[Q] signé par les 2 médecins où doit être indiquer le motif de l'ITG dressé en 3 exemplaires (1 par medecin + patiente).
  - **Une IGPMM pratiquée à partir de 22 SA ou si pds > 500g est un accouchement prématuré**. Si l'enfant nait vivant, il doit être considéré comme tel.Il doit de plus faire l'objet d'une déclaration à l'état civil de naissance ou de morts-nés
  - **Déclaration obligatoire et anonyme de l'IGPMM au méd. inspecteur départemental** de la DDASS par le médecin.
    - Ce dernier est chargé de s'assurer que les dispositions légales ont bien été appliqué[Q]
    - Il peut consulter les dossiers que le directeur de l'établissement doit garde **au moins 3 ans (pas retrouvé ds nouvelle loi alors laissé tel quel)**

Source *: fiche RDP, Conf hippo de Medecine légale, RDP, Code de Santé publique 2001, QCM intest 2000, Loi Juillet 2001*